

β アミロイド PET/CT 検査 (自費診療)	
予約申込書 兼 情報提供書	
年 月 日	
予約日時	年 月 日 () 15時 00分
ご紹介 診療機関名	ご紹介医師名 印 () 科
患者情報	(フリガナ) 電話番号 氏 名 男・女 ()
	生年 年 月 日 歳 身長 cm/体重 kg 月日
	① 歩行 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (車椅子など。検査終了まで介助者の付きそいが必要です。) ② 仰臥位で 20 分間の撮影が <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (側臥位では撮影できません。閉所恐怖症の方は検査困難です。) ③ アルコール過敏症 <input type="checkbox"/> 無 アルコール過敏症の既往がある方は検査できません。
費用	ご依頼の β アミロイド-PET 検査 (認知症) は 自費診療 です。 ※ 同日に保険診療は行わないでください。混合診療にご注意ください。 ※ 検査費用 ¥262,053 (税込) ※検査後、当院より患者様へ請求します。必ず当日のお支払をお願いいたします。
検査依頼 の適正化	アミロイド PET 検査の依頼を行う医師は、一定の研修を終了する必要がある。 『アミロイド PET イメージング剤の適正使用ガイドライン改訂第 3 版 2023 年』
依頼医 チェック 項目 *必ずチェックを ご記入ください	<input type="checkbox"/> 臨床症状が非定型的であり、適切な治療のために確定診断を要する認知症症例 (例えば、アルツハイマー病と前頭側頭葉変性症の鑑別を要する場合) または (↑↓どちらに該当するかチェックをお願いします。) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 65 歳未満の発症で、 <input type="checkbox"/> 事前検査 (CT や MRI や RI) を実施し、 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症が否定された認知症の症例。 <input type="checkbox"/> 患者様に検査内容、検査費用、結果説明のインフォームド・コンセントを行った。
不適切な 使用例 適正使用 ガイドライン抜粋	<ul style="list-style-type: none">● 進行した重度の認知症例● 症状、経過が典型的であり、アルツハイマー病の臨床診断が明らかな場合 (疾患修飾薬治療の対象となる症例は除く)● 無症状者に対するアルツハイマー病の発症前診断● 自覚的な物忘れ等を訴えるが、客観的には認知機能障害を認めない場合● アルツハイマー病の重症度の判定● 医療以外の目的 (雇用時健康診断や保険契約目的など)● 検査結果もたらす心理的・社会的影響について配慮ができない場合 検診目的のアミロイド PET 検査は承っておりません。
その他 お願い	貴院で実施済みの MRI 画像をご提供いただきますようお願い申し上げます。 (可能であれば、1mm 厚程度の Thin スライスの MRI 画像もご提供いただけたら幸いです。)
備考	1. 本票を当センターが受け取りましたら 折り返し「検査予約確認書」を FAX いたします。 2. 本票は担当の先生ご自身による署名・捺印のうえ、紹介状として患者様にお渡しいただき、検査当日に当センターまでご持参ください。 3. 「検査説明書・同意書」に沿った患者様・ご家族様への説明をお願いいたします。 4. 検査中止または延期の際は前日までにご連絡ください。 5. 当日の検査中止の際は PET 製剤費用をお支払いいただく場合があります。